CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

Section de Chirurgie et d'Accouchements

EXPOSÉ DES TRAVAUX

DE

PL. MAUCLAIRE

Chirurgien des hôpitaux
Médaille d'or de chirurgie
Ancien prosecteur
Ancien vice-président de la Société Anatomique

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

TITRES

Interne titulaire des hôpitaux (1886).

Aide d'anatomie (1889).

Prosecteur titulaire (1892).

Docteur en médecine(mars 1893).

Lauréat des hôpitaux: Médaille d'or de chirurgie (1891).

Lauréat de la Faculté de médecine.
- Prix de thèse (1893).
- Prix Saintour (1893). (Mémoire inédit sur les luxations congénitales de la hanche.)

Lauréat de la Société de chirurgie.
- Prix Duval (1893).
- Encouragement au prix Gerdy (1895). (Mémoire inédit sur le traitement des sténoses pyloriques).

Lauréat de l'Académie de médecine.
- Prix Oulmont (1892).
- Prix Amussat (1893).
- Encouragement au prix Lahorie (1894).
- Mention honorable pour le prix Monbine (1895).
- Prix Amussat (1896).
- Encouragement au prix Lahorie (1896).

Lauréat de l'Académie des sciences.
- Mention honorable pour le prix Barbier (1893).
- Mention honorable pour le prix Bellion (1895).
- Prix Mège (1896).

Secrétaire annuel du Congrès de chirurgie depuis 1894.

Vice-président de la Société anatomique (1897).

Chef de clinique chirurgicale de la Faculté (1896-1897).

Chirurgien des hôpitaux (mai 1897).

ENSEIGNEMENT

Aide d'anatomie (1889-1892).

Prosecteur (1892-1896).

Chef de clinique (1896-1897).

Chirurgien des hôpitaux.

(Leçons de pathologie externe et de diagnostic chirurgical pendant les vacances de 1897, dans le service de M. le Professeur Le Dentu.)

TABLE DES MATIÈRES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

(Mémoires originaux. — Articles didactiques. — Revues généralas. — Recueil de faits.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE CHIRURGICALE

1° **Des différentes variétés étiologiques des abcés froids. Suppurations aiguës et chroniques aseptiquas.** (*Gazette des hôpitaux*, 4 février 1894.)

A côté des abcès froids tuberculeux ou tuberculomes, suivant l'expression très juste de M. le professeur Lannelongue, il exista des cas da suppurations « froides » dues au bacille d'Eberth (Chantemesse, Widal), au pneumocoqua, au streptocoque, au staphylocoqua (Walther), etc. D'autre part, la diapédèsa détermine des suppurations amicrobiennes aiguës ou chroniques (Christmas, Lemière, etc.). Telles sont les idées qui sont dévaloppées avec observations à l'appui dans catta revue générala. Elles ont été admises par M. le professeur Le Dentu at par M. Reclus dans leurs récants articles sur les abcés froids.

2° **Des œdèmes phlegmoneux aigus sous-cutanés et articulairas d'origine nerveuse.** (*Tribune médicale*, février 1895.)

Dans le servica da M. le professeur Le Dentu nous avons observé da ces cas d'œdèma aigu d'origine nerveuse sur lesquels l'attention est depuis longtemps attirée depuis les travaux da MM. Guyon, Kirmisson, Vergaly, atc.

Notre articla a provoqué immédiatemant un travail analogue et très intéressant de la part de M. Gellé à propos des lésions auriculaires du nerf facial.

3° **Tubsrculose et traumatisme.** En collaboration avac M. Barozzi. (*Revue de la tuberculose*, 1895.)

Nous passons en revua tous les organes et tissus susceptiblas de

se tuberculiser. Souvent un traumatisme est le point de départ réel de l'apparition de la lésion d'après les observations de Max Schuller, Verneuil, Ollier, Lannelongue, etc.

4° **De la cicatrisation. Physiologie pathologique.** In *Dictionnaire de physiologie*, dirigé par M. Ch. Richet.

Une nouvelle étude sur la cicatrisation s'imposait depuis les théories microbiennes. Reprenant à ce point de vue l'article de M. le professeur Panas dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, nous montrons que tous les tissus et organes se régénèrent si la cicatrisation est aseptique. Du tissu fibreux se forme le plus souvent s'il y a eu suppuration ; ces faits avaient déjà été observés, mais non clairement expliqués par les anciens auteurs et en physiologie humaine et en physiologie comparée. A ce dernier point de vue l'étude de la cicatrisation unicellulaire et de la régénération spontanée des membres est des plus intéressantes.

5° **Anévrysme de l'artère cubitale.** (*Société anatomique*, 15 février 1897.)

Observation du service de M. le professeur Le Dentu. Elle démontre une fois de plus la facilité de l'extirpation des anévrysmes dans des cas assez nombreux.

MALFORMATIONS CONGÉNITALES

1° **Fistule branchiale du cou.** (Observation in thèse GUZMAN. Paris, 1886.)

2° **Dépression, fistules et kystes dermoïdes sacro-coccygiens.** (Clinique de M. le Dr GÉRARD MARCHANT et thèse de HŒNSEN. Paris, 1895.)

3° **Ectrodactylie, syndactylie. Pieds et mains fourchus.** En collaboration avec M. le Dr BOIS. (*Société d'anthropologie*, 1894, av. 10 fig.)

Le sujet en question avait été présenté à la Société de chirurgie



FIG. 1. — Main gauche : continuation directe des tendons fléchisseurs avec les tendons extenseurs.

en 1861 par Morel-Lavallée. Avec M. Bois, aide d'anatomie, nous

avons fait une dissection aussi complète et détaillée que possible des anomalies osseuses, musculaires et articulaires, etc., car si les observations cliniques sont assez nombreuses, les autopsies se comptent. Parmi les nombreux détails intéressants que nous avons relevés, signalons la continuation directe des tendons fléchisseurs avec

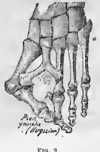


Fig. 2.

les tendons extenseurs. Nous avions pensé que cette lésion était peut-être initiale et les déformations squelettiques secondaires. Mais M. Dareste, avec justes raisons, nous a conseillé d'abandonner cette hypothèse. La compression avec les adhérences amniotiques suffisent pour expliquer cette curieuse malformation. Mais alors pourquoi est-elle si symétrique ?

4° Du traitement possible de l'exstrophie de la vessie par la greffe des uretères dans le rectum isolé du tubs digestif et suivie de la transposition du côlon pelvien dans la fosss ischio-rectale à travers une boutonnière sphinctérienne du releveur de l'anus (*Congrès de chirurgie*, 1895.)

Malgré quelques recherches faites sur des animaux et sur des

cadavres d'enfants, cette idée est restée purement théorique. Elle

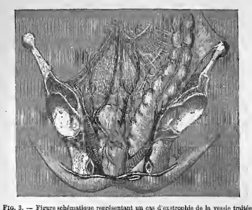


FIG. 3. — Figure schématique représentant un cas d'exstrophie de la vessie traitée par la greffe des uretères dans le rectum isolé et par la transposition du côlon pelvien dans la fosse ischio-rectale à travers le muscle releveur servant de sphincter.

serait applicable également dans les cas d'exstrophie de la vessie compliquée d'abouchement anormal du rectum.

5° **Luxations congénitales de la hanche sus-cotyloïdiennes avec spina-bifida et pieds bots varus talue chez un nouveau-né.** (*Congrès de gynécologie et de pédiatrie*, Bordeaux, 1895.)

L'on sait avec quelle conviction le professeur Verneuil niait l'existence de la luxation réellement congénitable de la hanche. Ces cas existent cependant et en voici une observation résumée :

En disséquant *l'articulation malformée* on est frappé de la longueur anormale du ligament rond qui est assez épais et dont les insertions sont normales. On s'aperçoit, dès lors, que la tête est aplatie et en luxation sus-cotyloïdienne ; la cavité cotyloïde est de forme normale, mais déshabitée.

La tête fémorale, vue à pic, paraît être en antéversion exagérée ; elle est de forme normale, mais elle repose sur une surface recouverte de tissu fibreux.

La capsule s'insère en haut au pourtour de la néo-cavité d'une part, et en bas au pourtour du cotyle, déshabité. De plus, elle est très longue et d'une forme régulièrement conique, et son insertion fémorale est normale. Enfin elle est très allongée.

Les lésions sont les mêmes du côté opposé. Il est difficile de juger des altérations musculaires puisque la lésion est symétrique ; mais les muscles de la cuisse et de la fesse paraissent peu développés.

Le point d'ossification du condyle externe du fémur étant absent, nous pensons que l'enfant est venu avant terme.

6° **Considérations thérapeutiques à propos d'un cas de rétrécissement congénital ano-rectal traité par la rectoplastie. Guérison.** (In *Maladie infantile,* février 1895.)

Ce n'est que tardivement à l'occasion d'un lavement trop chaud que les phénomènes d'obstruction intestinale se produisirent et nécessitèrent l'intervention sus-indiquée, c'est-à-dire l'incision des quatre points cardinaux de la valvule jusqu'à la sous-muqueuse, suivant une ligne longitudinale et la suture transversale de celle-ci.

7° **Déviations congénitales du gros orteil et du petit orteil.** (In *Presse médicale*, 1896, avec figures.)

Il s'agit de déviations soit endedans, soit en dehors, soit d'insertion trop postérieure de l'orteil. Ces déviations sont parfois héréditaires.

8° **Angiomes :**

a) **Les angiomes.** En collaboration avec M. De Bovis (*Monographie de la bibliothèque Charcot-Debove*), 230 pages.

b) **Étude sur les variétés fibro-adipeuses de l'angiome.** En collaboration avec M. De Bovis. (*Archives des sciences médicales* dirigées par M. Jonnesco, mai 1896, avec figure.)

c) **Angiome labial fissural de Virchow.** (*Société anatomique*, février 1897.)

d) **Deux cas d'angiomes de la région de l'omoplate. — Angiomectomie. — Examen histologique.** (*Société anatomique*, 11 mars 1898.)

Le premier de ces mémoires est une véritable monographie pour la rédaction de laquelle nous nous sommes inspirés et de l'enseignement du professeur Lannelongue et des observations prises dans son service.

Le travail de Virchow, si remarquable au point de vue anatomo-pathologique, demandait à être complété au point de vue clinique et thérapeutique. Nous insistons beaucoup sur ces angio-lymphangiomes de MM. Lannelongue et Achard, « prétendus angiomes kystiques ». Dans quelques cas nous prétendons que l'angiome peut, à distance, influencer le fonctionnement du cœur, tout comme les anévrysmes cirsoïdes, si proches parents des angiomes.

Cette malformation congénitale non seulement de la peau, mais encore de tous les tissus et organes, est encore bien mystérieuse, car nos connaissances sont encore trop peu étendues sur la nature et l'existence même des maladies embryonnaires et fœtales.

Tout comme certaines malformations de la bouche et du rectum, ce *n'est pas toujours une malformation par arrêt de développement, mais bien par exagération de développement*. Encore une fois, pourquoi ?

La diathèse angiomateuse, l'angiomatose ne sont que des mots qui cachent notre ignorance. Nous signalons cependant quelques cas d'angiomes occupant assez exactement le territoire de certains nerfs. Quelques angiomes en particulier (angiomes communiquants du crâne de M. Lannelongue), angiomes fissuraires de Virchow, angiomes parotidiens (Hartmann), angiomes de l'œil et de l'orbite (Panas), les variétés fibro-adipeuses de M. Ch. Monod, etc., sont détaillés complètement à cause des erreurs de diagnostic auxquelles ils peuvent donner lieu. Actuellement l'extirpation s'impose quand elle est possible, c'est-à-dire non dangereuse, comme le démontrent les observations de M. Lannelongue publiées dans la thèse de son élève Gouly. Cette extirpation peut, par nécessité, n'être que partielle. Chez deux enfants, observés dans le service de M. Le Dentu, nous avons extirpé complètement un angiome volumineux de la région de l'omoplate sans perte de sang appréciable.

APPAREIL LOCOMOTEUR

1° Maladies infectieuses des os :

a) **Ostéomyélite à bacille d'Eberth.** (In communication ACHALME. *Société de Biologie*, 1889.)

b) **Ostéotomyélite à staphylocoque doré au cours de la convalescence de la fièvre typhoïde.** (In thèse HASLÉ, Paris, 1892.)

c) **Des ostéomyélites de la croissance** (volume de 230 pages, 1894). *Collection Charcot-Debove.* (Ouvrage traduit en russe par M. le Dr TROPIMOFF, avec introduction du professeur RATIMOFF.)

d) **Des infections osseuses.** (Ostéomyélites de la croissance.) (In *Traité de chirurgie clinique et opératoire* de MM. LE DENTU et Pierre DELBET.)

Est-il besoin de rappeler avec quelle ardeur furent discutées l'étiologie, la pathogénie de l'ostéomyélite il y a quelque vingt ans, soit à Paris à la Société de chirurgie par MM. Lannelongue, Verneuil, Berger, Trélat, à l'Académie de médecine par M. Panas dans son rapport, par Gosselin et par Pasteur, soit aussi à Lyon par le professeur Ollier et ses élèves ? La nature infectieuse de la maladie et ses conséquences immédiates, prolongées ou tardives, étant bien démontrées, il fallait en décrire les variétés pathogéniques ; c'est ce que firent d'abord MM. Lannelongue et Achard à Paris, puis MM. Jaboulay, Rodet et Courmont à Lyon.

Il était donc important dans un article didactique de présenter l'étude des infections osseuses en des chapitres différents. C'est ce que nous avons fait dans les monographies sus-indiquées.

Nous décrivons donc successivement des ostéomyélites à staphylocoque, à streptocoque, à pneumocoque, à bacilles d'Eberth, etc.

Parmi les formes associées nous rapportons un cas d'ostéomyélite à staphylocoques et à coli-bacille associés observé dans le service de M. Le Dentu et qui fut caractérisé par une évolution rapidement mortelle, pour ainsi dire foudroyante.

Conformément à ces idées générales, nous avons cru nécessaire de ne plus faire un chapitre spécial pour les necroses et les abcès des os ; ce ne sont plus là des entités morbides.

Parmi les complications nous étudions les embolies graisseuses que nous avons reproduites expérimentalement, en collaboration avec M. le Dr Achard.

Dans le chapitre Traitement nous insistons sur les ostéoplasties d'Ollier, Bier, Jaboulay, etc., sur les greffes d'os mort de Senn, Le Dentu, etc., pour combler ces grandes cavités osseuses qui se comblent si lentement, quand elles se comblent !

Ostéo-tuberculose et ostéo-syphilis. (*Traité* de MM. Le Dentu te Delbet.)

Nous insistons beaucoup sur les formes et variétés cliniques.

2° **Maladies tropho-nerveuses des os.** (*Ibidem.*)

Achondroplasie. — Rachitisme. — Ostéomalacie essentielle. — Ostéosathyrose. — Ostéite déformante. — Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. — Acromégalie. — Leontiasis ossea.

3° **Intoxications chimiques dss os. — Phosphorisme osseux.** (*Ibidem.*)

4° **Infections parasitaires des os : infsction hydatique, infection actinomycosique.** (*Ibidem.*)

5° **Maladies néoplasiques des os :**

a) **Tumeurs des os en général et en particulier.** (*Traité* de MM. Le Dentu et Delbet.)

b) **Tumeur chondro-osseuse de la tête du péroné.** (*Soc. anat.*, 1888.)

c) **Exostose de croissance ilio-pubienne — Arthrite sèche consécutive** (*Société anatomique*, 2 mars 1894.)

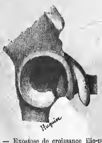


Fig. 4. — Exostose de croissance ilio-pubienne.

6° **Lésions traumatiques des os :**

a) **Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. Anatomie pathologique. Mécanisme. Complications.** En collaboration avec M. le Dr Poirier, 20 fig. (*Revue de chirurgie*, oct. 1892.)

Ce travail est basé sur l'examen de 150 pièces environ de fractures, les unes décrites dans les auteurs classiques, les autres appartenant à des pièces du musée Dupuytren, d'autres encore trouvées sur des cadavres de l'École pratique, et enfin d'après plusieurs cas cliniques.

Après les travaux de Malgaigne, d'Astley Cooper, d'Hennequin, etc., il restait encore quelques points à élucider en se basant sur les recherches de Meyer et de Broca concernant la direction de la tête humérale par rapport à l'axe de la diaphyse elle-même. En effet, ces deux derniers auteurs ont montré que si l'humérus étant placé verticalement on pose un fil à plomb sur le milieu de la tête humérale, le plomb ne descend presque jamais sur l'épitrochlée mais un peu plus en arrière. La tête est donc en rétroversion, à l'état normal.

En recherchant cette rétroversion dans tous les caa de fracture, vous avons décrit un type de fracture, nouveau à notre connaissance, dans lequel il y a *affaissement de la tête humérale et rétroversion*



Fig. 5. — Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus avec affaissement et rotation en arrière de la tête humérale (type nouveau).

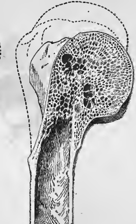


Fig. 6. — Coupe pour montrer l'étendue de la pénétration.



1re Classe. — Fracture intra-capsulaire.
1re *Variété* — Fracture de la tête (2 genres).

2e *Variété*. — Fracture du col anatomique (4 genres).

Classification anatomo-pathologique.



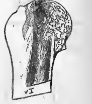
2e Classe. — Fracture extra-capsulaire.
1re *Variété.* — Fracture simple transversale.



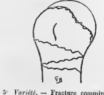
2e *Variété.* — Fracture oblique.



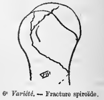
3e *Variété.* — Fracture avec pénétration.



4e *Variété.* — Fracture avec pénétration et rotation en arrière de la tête (type nouveau).



5e *Variété.* — Fracture comminutive.



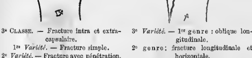
6e *Variété.* — Fracture spiroïde.

exagérée de la tête en arrière. Depuis, M. Altigos dans sa thèse a retrouvé de nombreuses observations analogues outre les neuf cas que nous avons publiés.

Le mécanisme de cette variété de fracture est le suivant :

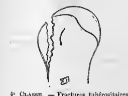
Il y a d'abord fracture extra-capsulaire, puis l'extrémité supérieure diaphysaire fracturée pénètre de bas en haut, de dehors en dedans et





3e Classe. — Fracture intra et extra-capsulaire.
1re *Variété*. — Fracture simple.
2e *Variété*. — Fracture avec pénétration.

3e *Variété*. — 1er genre : oblique longitudinale.
2e genre : fracture longitudinale et horizontale.



4e Classe. — Fractures tubérositaires.
1re *Variété*. — Arrachement.



2e *Variété*. — Enfoncement de la grosse tubérosité et arrachement de la petite.

d'avant en arrière dans l'épiphyse, ce qui repousse la tête humérale en rétroversion plus ou moins marquée.

Nous avons reproduit expérimentalement cette fracture. De plus, accessoirement, chez des nouveau-nés nous avons produit le décollement épiphysaire et par torsion et par choc direct sans torsion.

Nous étudions ensuite complètement et la fracture du col anato-

mique avec déplacement extra-capsulaire de la tête humérale et la luxation scapulo-humérale compliquée de fracture du col chirurgical d'après un certain nombre d'observations nouvelles.

b) **Fracture du fémur à la partie moyenne. Exostose para-vasculaire.** (*Société anatomique*, 1894, p. 73.)

c) **Fracture esquilleuse de la clavicule. Compression du plexus brachial. Résection du cal. Suture osseuse. Guérison fonctionnelle complète.** (*Congrès de chirurgie*. Lyon, 1894.)

Nous revoyons souvent cette malade ; il n'y a actuellement aucun trouble fonctionnel. Nous publierons incessamment sa radiographie.

d) **Fracture de l'extrémité inférieure du radius ; esquille apparaissant tardivement et gênant la pronation. Ablation. Guérison.** (*Société anatomique*, octobre 1897.)

Ces troubles dans la pronation et la supination sont assez rares. Pour Lesser il s'agit, soit du déplacement du fragment inférieur avec cal vicieux, soit d'une fracture concomitante du cubitus, soit d'une soudure des fragments des deux os, soit enfin d'une ankylose de l'articulation radio-cubitale inférieure. Aucune de ces causes ne pouvait être invoquée ici ; l'exostose seule était manifestement la cause de cette complication tardive, comme le démontra d'ailleurs son ablation.

ARTICULATIONS

1° Tuberculoses articulaires :

a) **Étude d'ensemble sur l'anatomie pathologique des ostéo-arthrites tuberculeuses. Déductions thérapeutiques.** (*Gazette des hôpitaux*, mai 1892.)

b) **Des différentes formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses. De leur traitement par la méthode sclérogène pure ou combinée à l'arthrectomie précoce et répétée (curettage, résections atypiques) surtout chez l'enfant.** (Thèse, Paris, 1er mars 1893, 30 fig.)

c) **Ostéotomies temporaires pour l'exploration totale des articulations. Complément à thèse Étude de médecine opératoire.** (*Société anatomique* 1893.)

d) **Les tuberculoses articulaires** (In *Traité* de MM. Le Dentu et Delbet).

Au fur et à mesure que la science évolue, l'observation des faits permet de constater que toute affection nécessite un temps plus ou moins long pour être classée comme entité morbide. Puis, peu à peu, on voit cette affection, tout en se présentant avec ses caractères principaux, presque spécifiques, offrir quelques symptômes particuliers, c'est-à-dire prédominants, lui donnant une marche toute spéciale et le besoin de classification se faisant sentir ou mieux la synthèse devant alors inévitablement suivre l'analyse, on voit se créer des formes suivant l'âge, le sexe, le mode de début, la marche, la durée, la terminaison et partant le traitement. Ce n'est pas qu'il y ait toujours de bien grosses nuances entre ces différentes formes, c'est ce qui en fait l'intérêt scientifique pourrait-on dire, car indiquer ces différences c'est faire une étude clinique complète, perfectionnée, bien détaillée,

bien modelée ; c'est ce qui, enfin, a permis de dire aux cliniciens, depuis longtemps, qu'il n'y a pas une maladie, mais différentes formes d'une même maladie.

Ce travail d'analyse et de synthèse a été fait pour bien des maladies chirurgicales ; il nous a paru intéressant de le faire pour les ostéo-arthrites bacillaires, étant donné le grand nombre de cas que nous avions lus et observés.

Frappé de l'insistance avec laquelle notre maître M. Lannelongue recherche les adénites tuberculeuses dans tous les cas d'infection bacillaire des os et des articulations, nous exposons dans une première partie de notre thèse un essai *sur le rôle du système lymphatique comme porte d'entrée, voie de propagation et lieu de destruction du virus tuberculeux*. La moelle osseuse doit être considérée comme un tissu moitié vasculaire, moitié lymphoïde, aussi l'ostéo-tuberculose et la tuberculose articulaire doivent rentrer dans le cadre de l'infection tuberculeuse du système lymphatique. Il existe des formes adéno-osseuses de l'infection tuberculeuse.

La deuxième partie de notre travail commence par une *étude historique* très complète, pourrions-nous dire, car nous avons consulté les mémoires originaux eux-mêmes. Nous divisons cet historique successivement en : *a*) période progressive ; *b*) période de recul ; c) période de réaction et de retour aux idées anciennes ; *d*) période expérimentale et microbienne.

Parmi les *formes anatomo-cliniques* nous décrivons successivement la forme normale typique, des formes anormales et parmi celles-ci des formes sèches, des formes intra-articulaires et partielles, des formes para ou extra-articulaires, la forme « caries carnosa » de Kœnig, les formes synoviales.

Avec M. Lannelongue, il faut classer les *formes microbiennes* de la façon suivante : 1° Forme à infection unique, par le bacille tuberculeux avec tous les degrés de virulence du microbe et tous les degrés de résistance de l'organisme ; 2° Forme à infection mixte, c'est-à-dire à microbes associés. Celle-ci représente la variété que l'on pourrait qualifier de maligne, pouvant se généraliser.

Pour établir les *formes et variétés cliniques* je n'ai eu qu'à puiser dans les mémoires de MM. Ollier et Lannelongue en France, Kœnig

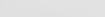


FIG. 8. — Tumeur blanche ayant eu une évolution pendant 47 ans. Le malade est mort de granulie.

et Volkmann à l'étranger, en y ajoutant cependant quelques observations personnelles. Nous décrivons successivement les variétés congénitales, les variétés séniles ; les variétés névralgiques, indolentes, torpides ou latentes, hémorrhagiques, pseudo-rhumatismales, etc.

Dans la *troisième partie* de notre travail nous envisageons le traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses par la méthode des injections articulaires iodoformées ou autres et par la méthode sclérogène de M. Lannelongue, puis nous comparons les résultats de ces différentes méthodes.

Dans la *quatrième partie* nous étudions complètement les *résections atypiques, c'est-à-dire l'arthrectomie surtout chez l'enfant.* Somme toute, nous ne faisons qu'exposer ici les idées professées depuis si longtemps par M. Ollier et appliquées également par M. Lannelongue à l'hôpital Trousseau. Nous faisons l'historique de la méthode ; d'après 369 observations que nous rapportons, nous étudions ses indications, ses contre-indications, son manuel opératoire, ses résultats immédiats et éloignés, ses résultats généraux et particuliers pour chaque articulation. Nous comparons les résections totales, si bonnes chez l'adulte, aux résections partielles si nécessaires chez l'enfant, et parfois utiles chez l'adulte cependant, dans certaines formes anatomo-pathologiques.

Nous insistons tout particulièrement sur certains procédés opératoires de Tilling permettant l'exploration totale des principales articulations.

2° Arthrites infectieuses rhumatoïdes et pyarthroses :

a) **Observation de rhumatisme scarlatineux.** (In communication de M. Hayem. *Société médicale*, janvier 1886.)

b) **Injection de liquide de Koch. Polyarthrite infectieuse consécutive.** (*Bulletin médical*, 1890.)

c) **Des arthrites suppurées dans les principales maladies infectieuses. Des différentes formes et variétés de pyarthroses. Déductions thérapeutiques.** (*Archives générales de médecine*, 1895, et *supplément. Mémoire de médaille d'or*, fascicule de 148 pages.)

d) **Arthrites infectieuses rhumatoïdes.** (In *Traité de chirurgie clinique et opératoire* de MM. Le Dentu et Delbet, 1896.)

e) **Arthrite du poignet à pneumocoques.** (In observation de M. Gailliard. *Société médicale*, 5 avril 1898.)

Les découvertes microbiennes qui ont bouleversé tant de points en chirurgie, ont également bien modifié nos idées sur la pathogénie des arthrites infectieuses. Pour voir l'évolution des idées, il suffit de lire tout d'abord l'article de M. Panas sur les maladies articulaires dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgies pratiques* paru en 1865. A cette époque la pathogénie des arthrites infectieuses ne pouvait être qu'ébauchée.

En 1886, dans sa thèse d'agrégation, M. le professeur De Lapersonne expose au point de vue chirurgical et adopte très nettement les idées de MM. Bouchard, Bourcy, etc. En 1890, Witzel publie une bonne monographie sur la question. Enfin dès 1890 notre attention est attirée sur ce point et dans notre mémoire de médaille de 1891, complété depuis, nous déduisons d'un très grand nombre d'observations les considérations suivantes :

Ire Partie. — *Des arthrites suppurées dans les principales maladies infectieuses.* — Pendant longtemps d'Hippocrate à Pasteur, c'est-à-dire pendant vingt-deux siècles, les infections articulaires sous toutes leurs formes: arthralgie simple, hydarthroses, hémarthroses, pyarthroses, furent ignorées et confondues avec toutes les autres maladies articulaires. La nature du rhumatisme et des pseudo-rhumatismes s'étant en grande partie éclaircie, il est possible actuellement d'envisager tout d'abord les arthrites suppurées dans les principales maladies infectieuses. Parmi les *pyarthrites traumatiques*, les unes sont graves, d'autres bénignes, à traitement égal. La *lymphangite*, l'*érysipèle*, la *fièvre puerpérale*, donnent lieu à des pyarthrites à streptocoques, en général très graves. Le rhumatisme franc ne suppure pas, mais combien sont nombreux les *pseudo-rhumatismes à staphylocoques, streptocoques* et *pneumocoques*, pour ne parler que de ceux qui sont connus et qui chez les enfants ont longtemps été étudiés sous le nom de « synovites catarrhales » (Krause).

Les pyarthroses sont assez rares au cours de la *blennorrhagie*, soit uréthrale, soit oculaire. Si parfois elles se présentent avec tout le cortège des arthrites suppurées aiguës, parfois elles simulent une simple hydarthrose. Leur processus pathogénique est encore bien discuté, mais on peut dire que tantôt il s'agit d'une infection articulaire par le gonocoque, tantôt d'une simple infection purulente atténuée.

La *morve*, les *oreillons*, les *angines*, la *scarlatine*, la *rougeole*, la *variole*, la *dysenterie*, la *diphtérie*, la *grippe*, la *pneumonie*, la *dilatation des bronches* donnent lieu à des pyarthrites presque toujours par infection secondaire et par conséquent d'ordre pyohémique.

Les pyarthroses au cours de la *fièvre typhoïde* existent, mais elles sont encore indéterminées cliniquement; si les unes sont à bacille d'Eberth, d'autres sont des infections secondaires, c'est-à-dire à staphylocoques, à streptocoques, etc.

Les *pyarthroses tuberculeuses* sont les mieux connues. L'abcès froid articulaire d'Amédée Bonnet est un type bien connu et bien caractéristique. L'ostéo-arthrite tuberculeuse suppurée non ouverte, ou fistuleuse est souvent une pyarthrite par infection mixte (Pawlowsky). Le pronostic est dès lors bien plus grave. Dans certains cas les pyarthroses d'origine tuberculeuse sont des pyarthroses de nature pyohémique.

Les *pyarthroses syphilitiques* sont exceptionnelles, elles ressemblent énormément aux précédentes. L'arthrite syphilitique suppure le plus souvent par infection secondaire, quand elle suppure, ce qui est très rare.

Au cours des *maladies nerveuses*, de l'*arthrite sèche*, de la *goutte*, la suppuration se produit parce qu'il s'agit là d'un *locus minoris resistentiæ*.

En somme, dans les principales maladies infectieuses, la suppuration articulaire est due soit au microbe causal de l'affection, soit à un microbe surajouté ; il s'agit donc dans cette deuxième variété d'une infection secondaire et la pyarthrite observée est une pyarthrite pyohémique. Dans l'infection purulente, les arthrites suppurées sont soit pluri-articulaire, soit oligo ou uniarticulaires ; tantôt elles évoluent comme des arthrites aiguës, tantôt comme des hydarthroses. Le plus souvent, le microbe décelé est un streptocoque.

II[e] Partie. — *Des différentes formes et variétés de pyarthrites* (page 96). — Après avoir analysé les faits, c'est-à-dire les observa-

tions, il est possible de faire la synthèse et de classer les pyarthrites au point de vue anatomo-pathologique, pathogénique et clinique.

Au point de vue anatomo-pathologique, le cas typique de la pan-arthrite phlegmoneuse suppurée est bien connu. A côté, existent des pyarthroses particulières, les unes à fausses membranes, les autres gangréneuses, soit ulcéreuses, soit à pus blanc, soit à pus jaune, etc.

Les formes pathogéniques ou microbiennes sont assez nombreuses et assez bien connues au point de vue clinique et expérimental. Les *pyarthroses à staphylocoque blanc* sont rares et en général peu graves. Les *pyarthroses à staphylocoques dorés* sont un peu plus fréquentes, plus graves que la variété précédente, mais d'une gravité relative variable comme le montrent les observations cliniques et expérimentales. Les *pyarthroses à streptocoques* sont les plus fréquentes. Elles surviennent dans bon nombre d'affections à titre d'infection secondaire ou bien à titre d'infection locale à distance au cours d'une maladie à streptocoque (érysipèle, fièvre puerpérale, etc.). Elles représentent bien des pseudo-rhumatismes dits infectieux. Elles sont caractérisées cliniquement par la véritable panarthrite phlegmoneuse diffuse et suppurée : elles sont très graves et pour la vie du malade et pour l'intégrité de l'articulation après guérison. Elles s'accompagnent d'adénites qui peuvent également suppurer. Parfois chez les enfants, des pyarthrites catarrhales à streptocoques peuvent évoluer comme des pyarthrites bénignes (Krause).

Les *pyarthroses à pneumocoques* sont intermédiaires aux deux variétés précédentes. Elles commencent à être bien connues. Si le traitement est précoce, la guérison est fréquente et l'intégrité articulaire conservée. D'après Macaigne et Chipault, elles donnent lieu à une faible élévation de la température générale et locale, la peau est peu colorée au niveau de l'articulation malade, les veines sous-cutanées sont dilatées, l'œdème est étendu et les douleurs sont peu intenses. Dans les observations de Picqué et Veillon et de Letulle l'évolution torpide est des plus nettes et des plus curieuses.

Les *pyarthroses à coli-bacille* sont trop mal connues pour être décrites. Nous en rapportons deux observations expérimentales.

Les *pyarthroses à microbes associés* ont été observées dans l'érysipèle, la fièvre puerpérale, la blennorrhagie, la diphtérie, la pneumo-

nie, l'ostéomyélite et surtout la tuberculose articulaire. Il est probable qu'elles sont plus graves que les pyarthrites à infection unique, comme le démontrent les recherches de Pawlowsky et de Nanotti. Ce dernier auteur a montré que les arthrites tuberculeuses sous l'action du streptocoque se transforment en arthrites aiguës suppurées en suivant leur évolution ordinaire. Le streptocoque n'a donc pas une action antagoniste sur le bacille tuberculeux, il agit comme les manifestations inflammatoires aiguës par poussées, c'est-à-dire comme les injections de chlorure de zinc par phagocytose (Lannelongue, Pawlowsky). Ces différentes inflammations déterminent une lésion cicatricielle qui renferme et isole les foyers tuberculeux et empêche leur extension et leur généralisation.

Les *pyarthroses amicrobiennes* ne sont pas encore bien connues. Les cas de Rendu, Debove et Renault montrent que leur gravité est variable.

Les *variétés cliniques* comprennent, au point de vue étiologique, les pyarthroses des nouveau-nés, ce sont probablement des lésions de tuberculose ou d'ostéomyélite. Les pyarthroses infantiles, dites « catarrhales » par Krause, sont souvent bénignes quoique à streptocoques. Il existe des variétés cliniques indolentes, apyrétiques, insidieuses, latentes, froides; d'autres suraiguës ou aiguës. Les unes sont progressivement suppurées, d'autres sont suppurées d'emblée ; il existe aussi des pyarthroses à répétition dans la tuberculose ostéo-articulaire. Quelques-unes marchent rapidement vers l'ankylose, etc.

Déductions thérapeutiques (page 138). — Comme beaucoup de ces pyarthroses sont dues à des infections secondaires, il existe un traitement préventif qui consiste à désinfecter toutes les portes d'entrée de ces infections secondaires. L'immobilisation et la révulsion constituent un traitement curatif insuffisant. La ponction simple ou avec lavage antiseptique ne peut réussir que pour certaines pyarthroses à évolution insidieuse. Mais c'est là une exception, malgré les faits publiés par Hager. L'arthrotomie reste le procédé de traitement le plus sûr, puisque entre deux méthodes thérapeutiques également bonnes, il faut choisir la meilleure. Le massage précoce et méthodique fera disparaître bien des variétés ankylosantes.

L'arthrotomie précoce sera conseillée même pour les épanchements séreux et séro-purulents qui caractérisent les hydarthroses infec-

tieuses des pseudo-rhumatismes infectieux (Thierry, Walther, Quénu) et qui aboutissent vite à la suppuration, à l'atrophie musculaire, à la luxation spontanée pour certaines articulations (hanche).

La résection articulaire économique, « la plus haute expression du drainage articulaire », suivant l'opinion de M. Ollier, sera pratiquée dans les cas d'ostéo-arthrites suppurées ou pour les pyarthrites des articulations difficiles à drainer (hanche, coude).

Dans les cas de septicémie articulaire ou ostéo-articulaire avec fusées purulentes multiples, si les délabrements nécessaires pour la désinfection complète étaient trop étendus, autant régulariser de suite par l'amputation.

3° **Ostéo-arthrite syphilitique du coude fistuleuse et suppurée.** (Obs. in thèse GELMA, Paris, 1892.)

4° **Les synovites et ostéo-arthrites syphilitiques.** (In *Traité* de MM. LE DENTU et DELBET.)

5° **Les synovites et arthrites blennorrhagiques.** (*Ibidem.*)

6° **Ankylose complète du coude. Intégrité de l'articulation radio-cubitale inférieure.** (*Soc. anat.*, 1894, p. 74.)

7° **Des ankyloses en général.** (In *Traité* LE DENTU et DELBET.)

(Les ankyloses en particulier paraîtront dans le tome X du même ouvrage, article Membres.)

8° **Ankylose cerclée de la hanche.** (*Soc. anat.*, 8 avril 1898.)

9° **Tumeurs articulaires d'origine non épiphysaire.** (*Tribune médicale*, 1895, et *Traité* LE DENTU et DELBET.)

Les synoviales, les capsules et les ligaments articulaires sont le siège de néoplasmes et de pseudo-néoplasmes. Parmi les néoplasmes il faut citer les lipomes normaux ou arborescents, les kystes folliculaires, les angiomes, les sarcomes. Parmi les pseudo-néoplasmes on note la tuberculose articulaire fibreuse, le syphilome fibreux et isolé, la synovite ossifiante, les échinocoques articulaires.

Quant aux corps étrangers articulaires, nous émettons l'hypothèse

que la théorie de Conheim peut être invoquée au point de vue pathogénique pour quelques-uns d'entre eux, puisque les articulations se développent en plein tissu cartilagineux.

10° **Tumeur à myéloplaxes de la gaine tendineused es doigts.** En collaboration avec le Dr Pilliet. (*Soc. anat.*, avril 1894, p. 253.)

11° **Luxation de l'index irréductible. Arthrotomie. Excision de l'os sésamoïde ; réduction, guérison.** (Observation. In mémoire de M. Mouchet. *Gazette hebdomadaire*, 17 mars 1898.)

12° *a*) **Des déviations congénitalss ou acquises du col fémoral.** (*Congrès de pædiatrie et gynécologie de Bordeaux*, 1895.)

b) **Scoliose. Retro-déviation du col fémoral. Angle de déclinaison de 110°. Rachistime ou tuberculoss** (avec fig.) *Société anatomique*, 2 mars 1894.

c) **Coxa vara st coxa valga des scoliotiques.** (*Bulletin médical*, 1895.)

Le premier travail sus-indiqué a pour but d'attirer l'attention surtout sur les changements de direction du col fémoral dans diverses affections congénitales ou acquises de l'articulation de la hanche. On sait qu'à la naissance le col fémoral existe à peine et ressemble au col anatomique de l'humérus. A l'état normal, chez l'enfant, l'angle de déclinaison est de 25 à 30° environ. *La tête est en antéversion.* Nous rappelons que cet angle est formé par deux plans, l'un vertical et transversal et passant par le grand axe de la diaphyse, l'autre transversal et oblique passant par le grand axe du col fémoral. Ces deux plans forment un angle ouvert en avant et en dedans. Chez l'adulte, les deux angles d'inclinaison et de déclinaison diminuent, le col tourne en arrière et s'abaisse légèrement.

Or, dans les cas de luxation de la hanche constatées à la naissance (cas de Bar et Lamothe, cas de Bar et Cautru, cas personnel) l'angle d'inclinaison est certainement diminué et l'angle de déclinaison paraît augmenté, la tête paraissant être en orientation antérieure exagérée. Peut-être y a-t-il là une disposition initiale qui, ultérieurement, donne lieu à la luxation congénitale (Hagopoff) comme pour les hernies inguinales congénitales et les kystes congénitaux qui ne se

produisent qu'après la naissance. Dans les luxations congénitales constatées chez l'enfant et chez l'adulte, d'une manière générale, le col est en antéversion, comme le démontrent les pièces du musée Dupuytren et celles du musée de M. Lannelongue à l'hôpital Trousseau. Outre l'antéversion, l'inflexion est aussi très fréquente. Il est difficile de préciser à quel âge se produit cette malformation du col.

Dans le rachitisme congénital, la tête est affaissée en bas et en dedans vers le petit trochanter; il n'existe plus de col fémoral. Dans le rachitisme infantile, c'est l'inflexion qui prédomine; souvent, il y a en même temps rétrodéviation et il semble que la tête reste en subluxation en bas. La déformation peut être unilatérale et donner lieu à un raccourcissement du membre inférieur.

Dans le rachitisme tardif localisé à la hanche on note la rétroflexion, c'est la *coxa vara*. Ici la scoliose est consécutive à la déviation du col fémoral, mais il est des cas où c'est la déviation du col qui est secondaire à la déformation du rachis, surtout dans les cas de scoliose très marquée.

Dans la syphilis héréditaire précoce, dans l'achondroplasie, les déformations du col ne sont pas encore signalées. Dans l'ostéomalacie infantile, le col n'a plus de forme. Dans la coxo-tuberculose, dans l'ostéomyélite, les déformations du col peuvent être très variées. Enfin, celui-ci peut être dévié dans le genu valgum, le pied bot paralytique, etc. Je ne parlerai pas ici des déformations au cours de l'ostéomalacie sénile, de la maladie de Paget, de l'arthrite sèche, des arthropathies nerveuses, des fractures du col chez les vieillards, etc.

Au point de vue pratique, on peut dire que, d'une manière générale, l'attitude des membres inférieurs en rotation externe ou interne, l'adduction ou l'abduction sont imposées par la déviation du grand axe du col et l'orientation de la tête fémorale et pas toujours par la contracture ou la contraction musculaire.

Le troisième travail sus-indiqué est une revue rédigée d'après quelques faits et mémoires parus à l'étranger et d'après quelques pièces anatomiques personnelles et celles du musée Dupuytren. On sait que le coxa vara est la déviation du membre inférieur en adduction et en rotation externe sans ankylose de la hanche.

Ce qui caractérise notre mémoire c'est la description nouvelle de la

coxa valga chez les scoliotiques, dans certaines sciatiques et chez les sujets ayant une ankylose du genou en flexion et en rotation externe si tout ce membre est en abduction et en rotation externe plus ou moins marquée.

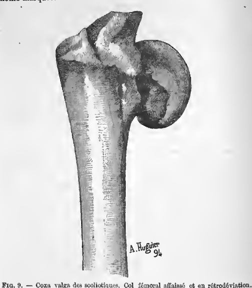


Fig. 9. — Coxa valga des scoliotiques. Col fémoral affaissé et en rétrodéviation. Le membre se met en abduction et rotation externe.

Pour plus amples détails nous renvoyons à la thèse récente de M. Charpentier (Paris, 1897) qui a adopté notre description et à la revue générale de M. Quervain (*Semaine médicale*, 1898, p. 41).

En somme, il y a des rapprochements bien intéressants à faire entre la coxa vara et la coxa valga avec la déviation rachitique de la

malléole externe suivie de pied bot, avec le genu valgum et le genu varum, avec le cubitus valgus et le cubitus varus, le poignet valgus et le poignet varus ; avec certaines scolioses et certains hallux valgus, ajouterons-nous.

Assurément la déviation rachitique infantile du col fémoral est connue depuis longtemps, mais la *déviation rachitique des adolescents* avait été peu étudiée avant les recherches de Muller.

Nous nous proposons enfin de publier prochainement des dessins de pièces du musée Dupuytren concernant ces différentes déviations du col fémoral. Dans notre observation d'affaissement et de rétro-déviation du col fémoral chez un scoliotique il est probable que la déviation du col est consécutive à celle du rachis et que toutes les deux étaient de nature rachitique.

13° Dissection de quelques pieds bots. (*Congrès de pædiatrie et de gynécologie de Bordeaux*, 1895.)

Simple dissection qui démontre, après celle de bien d'autres observateurs, que les déformations étant variables, un même traitement ne saurait convenir pour tous les cas.

14° Déviations latérales du gros et du petit orteil. Clinodactylie externe et interne (20 fig.) (*Presse médicale*, 1896. *Déjà cité.*)

Nous décrivons successivement ici l'hallux valgus ou clinodactylie externe du gros orteil acquise ou congénitale, l'hallux varus en clinodactylie interne le plus souvent congénitale, et enfin les déviations analogues du petit orteil. Ces notions de petite chirurgie ont leur intérêt pratique, comme le démontrent de nombreuses observations et dessins que nous rapportons. La résection cunéiforme à base interne donne d'excellents résultats, comme nous l'ont démontré plusieurs interventions faites depuis dans le service de M. Le Dentu.

15° De quelques variétés rares d'hémarthroses (traumatiques, nerveuses hémophiliques, infectieuses). (*Tribune médicale*, 1894.)

Les opinions exposées dans cette revue ont été acceptées dans plusieurs thèses consécutives.

16° **Manuel de thérapeutique chirurgicale des maladies des articulations, des tendons, des muscles, des synoviales tendineuses et des bourses séreuses.** (En collaboration avec M. le Dr Picqué, 2 volumes. Bibliothèque Terrillon et Dujardin-Beaumetz, 1895.)

Le plan que nous avons suivi dans ce manuel est le suivant : le premier volume est consacré à l'étude des entorses, hémarthroses, hydarthroses, plaies articulaires, luxations en général et en particulier; toutes ces affections y sont étudiées d'après les données thérapeutiques les plus récentes.

Dans le deuxième volume nous décrivons avec grands détails les traitements des tuberculoses articulaires. Vient ensuite un chapitre d'orthopédie dans lequel le traitement des difformités congénitales et acquises est exposé longuement, etc.

CRANE. RACHIS. NERFS. MASTOIDE

1° Fracture du crâne à grand fracas ayant pour centre le pariétal droit. Hyperthermie nerveuse. En collaboration avec le professeur LANNELONGUE. (*Société anatomique*, mars 1892, p. 185.) (avec fig.)

Cette observation suivie d'autopsie est intéressante à divers points de vue : 1° elle confirme les recherches de Duret sur les traumatismes cérébraux ; 2° elle explique un symptôme paradoxal en apparence, nous voulons parler de la paralysie de la face du côté traumatisé ; 3° elle établit enfin que l'hyperthermie observée aussitôt après l'accident est due à l'irritation cérébrale et non à une infection qui n'avait pas eu le temps de se produire ; elle confirme sur ce point les expériences physiologiques de Ch. Richet, d'Anderson, de Sachs, etc.

2° Nouveau procédé pratique de topographie crânio-cérébrale chez les enfants brachycéphales et mésaticéphales. En collaboration avec le professeur LANNELONGUE. (*Congrès de chirurgie*, 1894.) (4 fig.)

La *crâniotopographie*, née il y a plus de trente ans, ne se montra pas tout d'abord avec l'importance qu'elle a acquise depuis, surtout dans ces dernières années. Aussi n'a-t-on pas tardé à renoncer aux *procédés de topographie dits absolus* pour leur substituer les *procédés proportionnels*, qui ont sur les premiers le grand avantage de tenir compte de variations individuelles nombreuses et importantes. Citons parmi eux ceux de Debierre et Le Fort, de Masse et Woolongam, d'Anderson et Makins. Le procédé que nous préconisons et qui est véritablement *pratique*, ainsi que l'indique le nom que nous lui avons donné, *est né de l'examen de 78 hémisphères après trépanation*. Il a pour premier avantage, en effet, d'être simple et très pratique. Secondement, il tient compte des *variations de forme aux différents âges et ces variations sont grandes* ; il repose sur des moyennes en nombre assez considérable pour qu'en l'em-

ployant on obtienne une exactitude relative plus que suffisante ; car si l'on voulait apporter une précision parfaite dans l'étude du crâne au point de vue de ses applications chirurgicales et déterminer sur ses parois un point fixe correspondant à un point fixe de l'encéphale, on serait vite découragé.

Heureusement cela n'est nullement nécessaire et l'on doit se déclarer satisfait quand l'erreur ne dépasse pas un centimètre. Voici donc les *conclusions nouvelles* de ce travail.

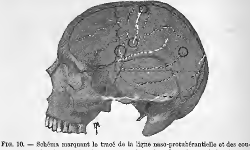


FIG. 10. — Schéma marquant le tracé de la ligne naso-protubérantielle et des couronnes de trépan appliquées au niveau des points de repère sus-indiqués.

L'extrémité supérieure du sillon de Rolando est à 55 pour 100 sur la ligne sagittale naso-protubérantielle.

Pour trouver l'extrémité inférieure de ce même sillon de Rolando, il faut élever une perpendiculaire sur une ligne courbe horizontale naso-protubérantielle au niveau du cinquième antérieur de cette courbe et lui donner une longueur égale à ce cinquième.

Pour découvrir le pied de la circonvolution de Broca, il faut élever une perpendiculaire à l'union du sixième antérieur avec les cinq sixièmes postérieurs de la courbe horizontale (apophyso-orbito-protubérantielle), et lui donner une longueur égale au sixième antérieur de la courbe. A âge égal, les variations individuelles sont très grandes.

Le pli courbe se trouve placé sur une perpendiculaire élevée sur la courbe horizontale précédente, à l'union des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur, à une hauteur égale à la longueur de ce tiers postérieur.

Enfin *l'artère méningée moyenne* coupe la même courbe horizontale à l'union du dixième antérieur avec les neuf dixièmes postérieurs.

Suivent quelques considérations anatomiques sur la forme, l'épaisseur et l'élasticité du crâne, sur la zone décollable de la dure-mère au niveau de l'artère méningé moyenne.

3° **Traitement chirurgical des névralgies faciales. Méthodes et procédés opératoires ; résultats.** (*Presse médicale*, juin 1897.)

Dans cette revue critique nous envisageons successivementle traitement chirurgical des névralgies de la branche ophtalmique, du maxillaire supérieur, du maxillaire inférieur, de l'auriculo-temporal, du sous-occipital, du facial (tics spasmodiques douloureux). Les interventions intra-crâniennes sont longuement décrites et surtout l'extirpation du ganglion de Gasser d'après les procédés de W. Rose, Horsley, Doyen, Poirier, Fedor Krause, etc.

4° **Otite moyenne suppurée et récidivante. Mastoïdite avec méningo-encéphalite. Trépanation. Mort.** (*Société anatomique*, juin 1897.)

5° **Déviation du cœur chez les scoliotiques.** (*Société anat.*, 1894, fig.)

COU ET POITRINE

1° **Plaies pénétrantes de l'espace de Traube.** (*Archives générales de médecine*, 1889.)

Ayant observé dans le service de M. le professeur Duplay cette variété de plaie thoraco abdominale, nous réunissons les cas publiés et nous en déduisons une étude clinique complète.

2° **Trachéotomie.** (*Gazette des hôpitaux*, 1891.)

Revue générale que nous a suggérée la pratique de quatre-vingts trachéotomies environ faites en 1890 à l'hôpital Trousseau.

Nous indiquons les différentes méthodes opératoires. Nous étudions la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, le tamponnement du pharynx et de la trachée dans les interventions faites sur la bouche, le nez et les maxillaires, etc. C'est la trachéotomie préliminaire que nous avons vue pratiquée souvent à l'étranger et qui est si peu adoptée en France. Nous insistons enfin sur la nécessité de faire toujours la trachéotomie aussi antiseptique que possible et sur l'isolement nécessaire des enfants atteints de broncho-pneumonie, etc.

3° **Mammite myomateuse chez une chienne.** (In communication de PILLIET. *Société anatomique* 1894.)

TUBE DIGESTIF ET ANNEXES

1° **Diverticules normaux et anormaux du tube digestif et de ses annexes. Anatomie et pathologie.** (Revue in *Tribune médicale*, 1895.)

Étude sur les diverticules du pharynx, œsophage, pylore, intestin grêle, rectum, voies biliaires.

2° **Tumeur mixte du voile du palais.** En collaboration avec M. ALCÉE DURRIEUX. (*Soc. anat.*, juillet 1897.)

Ces tumeurs mixtes du voile du palais sont des plus intéressantes au point de vue pathogénique et au point de vue thérapeutique. Nous avons proposé une *origine congénitale* basée sur la présence de globes pseudo-épidermiques et nous sommes rattachés à la théorie glandulaire pour laquelle M. le professeur Berger a fourni des arguments convaincants. Au point de vue thérapeutique, l'énucléation fut des plus faciles dans notre cas. Ce sont ces mêmes tumeurs que M. Eisenmenger a étudiées sous le nom de sarcomes plexiformes.

3° **Gastro-entérostomie pour sténoses pyloriques et duodénales sus et sous-vatériennes.** (Revue in *Tribune médicale*, décembre 1894.)

4° **Ulcère de l'estomac perforé. Laparotomie à la 26e heure. Guérison.** (In communication de M. le professeur Le Dentu à l'Académie de médecine, mai 1897, sur La chirurgie symptomatique de l'abdomen.)

Grâce à la grande initiative que M. Le Dentu nous a laissée dans son service comme chef de clinique, nous avons eu la chance, pourrions-nous dire, d'opérer ce malade conformément aux indications que notre maître nous avait données. Cette observation confirme une fois de plus la nécessité d'examiner l'estomac dans les cas de péritonite généralisée et d'agir en conséquence, même si on a peu d'espoir de sauver le malade.

5° **Cancer de l'œsophage. Gastrostomie par le procédé de Marwedel** (d'Heidelberg) (in thèse Barozzi, à paraître en mai 1898).

Ce procédé consiste à placer un drain obliquement de bas en haut, de gauche à droite, d'arrière en avant, dans un dédoublement oblique de la paroi stomacale elle-même. La continence du contenu gastrique fut des plus parfaites.

6° **Étranglement herniaire uniquement par le collet du sac.** (*Société anatomique*, 1898.)

7° **Hernie du côlon iliaque par glissement.** (*Société anat.*, 24 juillet 1876, avec fig. et thèse de Mayo. Paris, 1897.)

Il s'agit ici d'une pièce cadavérique. Nous ajouterons que récemment nous avons opéré un jeune enfant d'une hernie par glissement du cæcum et étranglée. Malgré la théorie du vase clos pour expliquer l'appendicite, l'appendice nous a paru sain ; l'étranglement ne datait que de vingt-quatre heures, il est vrai.

8° **Étranglement interne suraigu déterminé par une bride péritonéale partant des annexes de l'utérus.** (*Société anat.*, 1889.)

9° Occlusion intestinale dans un sac herniaire propéritonéal. (Variété vésico-pelvienne à double ouverture, l'une herniaire, l'autre abdominale. (*Société anatomique*, juin 1897, avec fig.)

Comme le montre le dessin ci-dessous, il s'agit d'une variété très rare de hernie propéritonéale, avec deux foyers d'étranglement. (Observation du service de M. Le Dentu.)

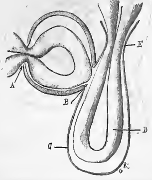


FIG. 11. — Hernie propéritonéale. — *a*) Ouverture abdominale ; *b*) Communication des deux sacs ; *c*) Sac inguinal ; *d*) Intestin contenu dans ce sac ; *e*) Lieu d'étranglement de l'intestin par le collet du sac. — L'intestin était étranglé aussi en A.

10° Fracture du bassin. Contusion de l'abdomen. Rupture de l'intestin et de la vessie. Laparotomie. Mort. Réflexions à propos de quatre autres cas d'intervention pour contusions simples ou complexes de l'abdomen. Nécessité du drainage pelvien dans certaines infections péritonéales du petit bassin. Essai sur un nouveau procédé de drainage périnéal ou abdomino-périnéal chez l'homme. (*Soc. anat.*, décembre 1897.)

Les résultats si désespérants dans les cas de contusions de l'abdomen suivies de perforation intestinale et de septicémie intestino-

péritonéale, nous ont fait nous demander si un drainage pelvien ne pourrait pas être utile dans certains cas. Nous proposons la voie périnéale que l'anatomie autorise comme le démontrent de nombreuses

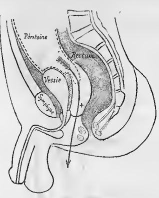


FIG. 12. — Schéma du drainage pelvien par la voie périnéale.

recherches que nous avons faites sur la profondeur du cul-de-sac péritonéal, recto-vésical chez l'homme, recto-utérin chez la femme.

11° **Appendicite simulant un étranglement interne.** (Observation in thèse JACOB, Paris, 1893.)

12° **Appendice enclavé dans la paroi postérieure du cæcum; foyer de suppuration d'origine appendiculaire et ayant fusé dans le bassin (formes pelviennes de l'appendicite).** [*Société anat.*, 15 février 1897 (avec fig.)]

13° **Appendicite avec foyer se prolongeant jusque devant la vessie et dans la fosse iliaque gauche. Incision. Guérison. Nécessité de la laparotomie médiane immédiate après l'incision de la fosse iliaque droite. Réflexions à propos de onze interventions pour appendicites.** (*Société anatomique*, 25 mars 1898.)

14° **L'examen histologique de quatre appendices enlevés par nous** doit paraître prochainement dans un mémoire de MM. LETULLE et WEINBERG.

15° **Péritonite tuberculeuse. Son traitement chirurgical.** *Revue*, in *Tribune médicale*, 1892.

Nous publions plusieurs observations inédites de M. le professeur Le Dentu. Nous ajouterons que dans le service de notre maître nous avons simplement laparotomisé, il y a maintenant seize mois, une péritonite tuberculeuse à foyer surtout génital. Des examens histologiques faits par Urbain Guinard ont démontré la nature tuberculeuse de la lésion. La guérison se maintient encore et actuellement on ne sent plus rien dans les culs-de-sac vaginaux.

16° **Recherches critiques et expérimentales sur des compresses et éponges abandonnées dans la cavité péritonéale, en collaboration avec M. le Dr Jalaguier.** (*Société anat.*, 1893) (avec 7 fig.).

Grande fut l'émotion des chirurgiens quand ils apprirent que des compresses oubliées dans le ventre pouvaient être éliminées par le rectum. Après les observations de Pilate, de Michaux, des recherches expérimentales s'imposaient ; nous les avons faites en collaboration avec notre maître M. le Dr Jalaguier chargé de rapport à la Société de chirurgie.

Chez une chienne terre-neuve en état de grossesse une compresse s'est introduite dans la cavité utérine. Chez 13 lapins nous avons introduit des fragments d'éponge ou de compresses. L'organisme se défend par l'intermédiaire des adhérences péritonéales ; le morceau de linge se roule en boule et il prend la forme d'un corps ovoïde résistant. Cette masse devenue régulière s'entoure d'adhérences qui l'étreignent de plus en plus, et en se rétractant poussent le corps étranger dans les cavités voisines, l'intestin le plus souvent. Le corps étranger fait alors saillie dans la lumière de l'intestin (v. figure), la paroi intestinale usée par le frottement laisse passer le corps du délit. Dans quelques cas, après avoir semé des fragments d'éponges assez

volumineux dans l'abdomen, ceux-ci n'ont pu être retrouvés trois



FIG. 13. — Compresse abandonnée dans la cavité péritonéale, elle est en boule et repousse la paroi intestinale. La cavité de l'intestin est représentée ouverte. En haut et à droite on voit la saillie formée par la compresse dans la cavité même de l'intestin.

mois après. Suivent quelques expériences comparatives sur les corps étrangers de la plèvre.

17° Rétrécissement cicatriciel pré-anal par symphyse fessière consécutive à une brûlure des deux fesses chez un enfant de deux ans. Autoplastie. Guérison.

Ce cloaque pré-anal donnait lieu à des phénomènes d'obstruction intestinale, car l'orifice cicatriciel se rétrécissait de plus en plus.

18° Côlon transverse, prolapsus; colopexie. En collaboration avec M. MOUCHET. (*Société anatomique*, 24 juillet 1896.) (fig.).

Tous les organes de l'abdomen peuvent être prolabés. C'est à ce point de vue qu'une statistique de cent observations de côlons transverses, prises sur le cadavre en dehors de tout état pathologique apparent, nous permet de présenter les conclusions suivantes:

L'angle droit du côlon ne nous a paru jamais très fixe; et, bien que son siège ne varie que dans des limites assez restreintes, cet angle

est peu maintenu par les replis péritonéaux (ligaments cystico-colique, hépato colique, gastro-colique) qui l'entourent ; son abaissement dépend de l'abaissement du foie.



Fig. 14. — Côlon transverse. La moitié droite forme une boucle, la partie médiane, en U, est à 4 doigts du pubis. Estomac et foie normaux ; homme de 45 ans.

Le côlon transverse noue a paru présenter une grande variabilité dans sa situation et sa direction. Exceptionnellement horizontal dans toute son étendue (2 fois sur 100 cas), il nous a paru situé plus bas



Fig. 15. — Côlon transverse en M renversé. Les convexités inférieures du côlon étaient à un doigt sous l'ombilic.

que ne l'indiquent jusqu'ici la majorité des auteurs classiques. Il résulte de nos observations que les deux tiers des côlons transverses sont situés au niveau (26 pour 100) ou au-dessous (34 pour 100) de l'ombilic. De plus, nos recherches ayant porté sur un nombre à peu près égal d'hommes et de femmes, nous avons noté deux fois plus de

femmes que d'hommes ayant le côlon transverse au-dessous de l'ombilic. Ce fait corrobore les observations des cliniciens, qui avaient

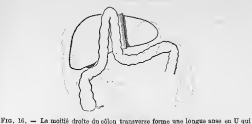


FIG. 16. — La moitié droite du côlon transverse forme une longue anse en U qui s'enfonce entre la face convexe du foie et le diaphragme jusqu'au niveau du ligament coronaire à droite du ligament suspenseur (femme âgée).

signalé depuis longtemps la plus grande fréquence des ptoses viscérales chez la femme.



FIG. 17. — Cæcum complètement renversé ; le fond affleure la vésicule biliaire et le bord antérieur du foie. La face postérieure devenue antérieure est recouverte par l'appendice vermiforme. Sur le bord gauche aboutit l'iléon qui dépasse en haut l'ombilic. L'angle droit du côlon est en bas dans la fosse iliaque, la moitié droite du côlon transverse est très sinueuse ; la gauche forme un V dont la pointe est à 2 doigts du pubis (femme âgée. Estomac et foie normaux).

Nous croyons qu'il est nécessaire de décrire avec Fromont (de Lille) et Jonnesco, deux portions bien distinctes au côlon transverse, une

portion droite et une *portion gauche*; elles diffèrent par leur direction et leurs rapports.

La portion droite, appelée anse tranverse vraie par Fromont, mériterait surtout le nom d'*anse sinueuse*, car nous l'avons presque toujours vue, sauf dans 15 cas sur 100, ce qui est peu, présenter des

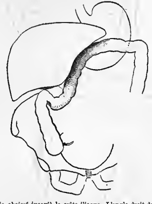


Fig. 18. — Foie abaissé jusqu'à la crête iliaque. L'angle droit du côlon transverse est dans la fosse iliaque. La moitié droite sinueuse monte le long du bord antérieur du foie qu'elle semble échancrer plus loin; tout à gauche le côlon passe devant l'estomac pour rejoindre l'angle gauche au niveau de la 10e côte (homme de 45 ans).

sinuosités en S; la direction générale, au contraire, est loin d'être constamment transversale.

Cette portion droite reste sous le foie, au-devant de la portion descendante du duodénum, généralement moins mobile que la portion gauche et moins bas située dans ses déplacements. Nous l'avons vue, dans un cas bien curieux, *remonter entre le foie et le diaphragme*, jusqu'au ligament coronaire à droite du ligament suspenseur, for-

mant là une longue anse, à branches parallèles qu'il était difficile de dégager. Dans un autre cas, où l'angle colique droit était abaissé, *la portion droite du côlon était située au-devant de la vessie.* En



FIG. 19. — Absence de sinuosités dans la moitié droite du côlon transverse. Sinnosités prononcées dans la moitié gauche (femme de 16 ans).

général, c'est une ligne verticale passant par le pylore qui forme la limite gauche de cette 2e portion du côlon, mais cette limite n'est pas



FIG. 20. — La moitié gauche du côlon forme un long U à branches contiguës ; la convexité de cet U affleure le détroit supérieur gauche. La branche gauche monte rejoindre l'angle gauche du côlon parallèlement au côlon descendant qu'elle recouvre. Pas la moindre ptose des autres viscères abdominaux (femme jeune).

invariable et n'est point constituée, comme le pense Glénard, par un *ligament pyloro-colique* dont nous n'avons pu reconnaître l'existence distincte, indépendante de celle du grand épiploon.

La continuité de la portion droite du côlon transverse avec la portion gauche se fait sans diminution de calibres mais, soit insensiblement par une anse à concavité supérieure, ce qui est le cas le plus fréquent, soit par un changement de direction plus ou moins brusque qui fournit des dessins en V, en U, dans une proportion de 10 cas pour 100, exceptionnellement en M renversé. En tous cas, la portion gauche du côlon transverse est exceptionnellement sinueuse, 6 fois sur 100, elle est généralement rectiligne, parallèle à la grande courbure de l'estomac et située sur un plan postérieur à elle, quelquefois sur un plan antérieur; d'où le nom *d'anse gastro-colique* qu'on lui a donné. Sa direction générale est oblique en haut et à gauche, et

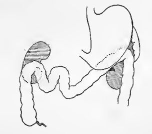


FIG. 21. — Forme la plus fréquente du côlon transverse.

cela, quelle que soit la situation de la portion droite, à cause de la fixité de l'angle colique gauche.

La portion gauche du côlon transverse reste accolée par le ligament gastro-colique à la grande courbure de l'estomac et ne se déplace guère qu'avec cet organe. Nous n'avons jamais constaté nettement « *la corde-colique* » que Glénard dit si fréquente, et qui serait formée par le côton contracté, réduit au diamètre du pouce, entre la portion pylorique et l'angle colique gauche. Mais nous avons vu, dans plusieurs cas, cette portion du côlon descendre très bas, jusqu'au niveau du pubis ou de la ligne innominée gauche et

remonter ensuite verticalement au-devant du côlon descendant qu'elle recouvrait, de telle sorte que, dans l'établissement d'un anus iliaque, le chirurgien aurait pu attirer le côlon transverse. L'erreur a déjà été commise.

L'*angle gauche* du côlon est plus prononcé que celui de droite, généralement aigu ; il a une situation très fixe, maintenu qu'il est solidement par le ligament phrénico-colique. Adenot (de Lyon) a bien

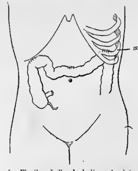


Fig. 22. — Colopexie : Fixation de l'angle droit par 4 points de suture à la paroi abdominale au niveau du bord antérieur du foie. Fixation de l'angle gauche au périoste de la 9e côte sur la ligne axillaire par 4 points analogues. Fixation de la portion moyenne du côlon transverse au niveau de la paroi abdominale dans la région sus-ombilicale.

montré l'importance de cette fixité dans la pathogénie d'un certain nombre d'occlusions intestinales post-opératoires qui semblent dues à l'imperméabilité physiologique de cet angle. Il résulte de nos recherches que cet angle répond, dans le plus grand nombre des cas, à la face interne de la 9e côte, sur une ligne axillaire ; et ensuite à la 11e côte et à la 8e. De telle sorte que l'angle gauche est plus élevé que le droit, situé au niveau de l'extrémité supérieure et non inférieure du sein correspondant, et que, schématiquement, la direction géné-

rale du côlon transverse est oblique de droite à gauche et légèrement de bas en haut, avec une moitié droite sinueuse et une moitié gauche presque rectiligne, se continuant, l'une avec l'autre, par un angle variable.

Nous rappellerons, en terminant, les tentatives faites par quelquee chirurgiens pour remédier aux ptosee du côté transverse, en cherchant à fixer à la paroi abdominale antérieure les angles droit et gauche : l'angle droit au niveau du bord antérieur du foie, l'angle gauche, d'une façon analogue, au niveau d'une des bandelettes longitudinales.

Lambotte (de Bruxelles) a communiqué, en janvier 1896, un cas suivi de succès au bout de plusieurs mois, à la Société belge de chirurgie.

Peut-être pourrait-on essayer de fixer l'angle gauche au niveau de la face interne de la 9e côte, pour qu'il occupe davantage sa situation physiologique. De plus, comme entre ses deux angles, surtout dans sa moitié gauche, le côlon transverse subit, dans les cas de ptose, des abaissements considérables, certainement nuisibles à la circulation des matières, nous croyons qu'il serait logique de fixer, à la paroi abdominale, la portion moyenne du côlon transverse ; comme on a tenté de fixer la petite courbure de l'estomac dans les cas de ptose exagérée de cet organe.

19° **Des anus contre nature complexes traités par la dérivation momentanée des matières fécales à l'aide d'un anus contre nature temporaire sus-jacent.** (*Congrès de chirurgie*, 1895.)

A propos d'essais sur la ligature de l'intestin par plicature entrepris sous l'instigation de M. Le Dentu, nous avons eu l'occasion d'employer ce procédé chez un animal ayant de nombreuses fistules pyo-stercostales.

Cette méthode opératoire pourrait être aussi appliquée chez l'homme.

20° **Cancer du duodénum au niveau de l'ampoule de Vater.** (Pièce anatomique présentée par M. Aloée Durrieux à la *Société anatomique*, 1er avril 1898.)

21° **Carcinome colloïde du rectum. Ablation par la périnéotomie postérieure. Guérison.** (Pièce présentée par M. Martin à la *Société anatomique*, 11 mars 1898.) (Examen de M. Macaigne.)

22° Épithélioma cylindrique de l'S iliaque avec diverticule intestinal étranglant la tumeur. Ablation de la tumeur. Invagination du bout inférieur et abouchement du bout supérieur à la peau. Mort. (*Société anatomique*, 1er avril 1898.)

Nous pensons qu'ici il y a eu d'abord rétrécissement intestinal par enroulement du diverticule autour de l'S iliaque et sur ce point irrité il s'est greffé un cancer (examen histologique de M. Macaigne). Le diverticule intestinal présentait des lésions de folliculite comme dans les cas d'inflammation de l'appendice iléo-cæcal.

23° Cancer du rectum ; opération de Kraske. Récidive au bout de six mois. Mort par généralisation. (Pièce présentée par M. Morestin à la *Société anat.*, 8 avril 1898.)

24° Abcès sous-diaphragmatiques simples ou gazeux. (Phréno-péritonite) (Revue in *Gazette des hôpitaux*, mars 1895.)

Revue complète basée sur la remarquable monographie de Maydl qui venait de paraître, et sur une observation personnelle.

Nous schématisons les cas pour poser les indications des méthodes opératoires : voie abdominale, voie transpleurale (Israël), voie transcostale (Lannelongue), voie lombaire, etc.

Récemment, nous avons opéré avec succès un abcès phréno-hépatogastrique. M. Achard a trouvé des streptocoques dans le pus.

FOIE

1° Observation de fistule biliaire cutanée d'origine calculeuse. (In Denucé Thèse agrégation, 1886.)

2° Calcul du canal cystique. Atrophie de la vésicule. Lobe marginal supplémentaire du bord antérieur du foie. Adhérences cholécysto-coliques multiples. (*Société anat.*, déc. 1894, avec fig.)

3° Cancer de l'estomac, lobe hépatique prérénal. (*Société anat.*, 1894.)

Ces lobes hépatiques supplémentaires peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic au point de vue du ballottement rénal. Inversement nous avons observé récemment un cas de rein en rétroversion avec un pôle inférieur remonté vers la vésicule biliaire et ayant fait croire à une tumeur de la vésicule. C'est un point sur lequel M. de Lyonnais a bien insisté dans sa thèse sur les tumeurs de l'hypochondre droit. (Paris, 1896.)

4° Kyste hydatique du foie. Dégénérescence gélatiniforme et myxomateuse du contenu. (*Société anat.*, 1894.)

5° Calcul de la vésicule biliaire. Cholécystostomie. Guérison rapide de la fistule en maintenant le malade la tête légèrement déclive. (*Soc. anat.*, 1897.)

6° Abcès angiocholitiques du foie et péritonite suraiguë suppurée consécutive. Laparotomie. Mort. (En collaboration avec M. Deguy. *Journal des praticiens*, 1er avril 1898.)

Nos recherches bibliographiques nous ont montré que des cas analogues sont rares. Nous posons les indications opératoires des différentes complications des abcès angiocholitiques.

7° Notes sur quelques expériences de suture du foie. (*Bull. Société anatomique*, 1897.)

Nous insistons sur l'importance de la direction des vaisseaux hépatiques au point de vue de la suture d'après des expériences faites dans le laboratoire de M. Lannelongue.

VOIES URINAIRES

1° **Anastomosss urétérales (urétéro-cutanéss, urétéro-rsctales, urétéro-iliaquss, urétéro-coliques, urétéro-jéjunalss ou iléalss, urétéro-vésicalss, urétéro-uréthralss.** (Revue in *Presse médicale*, 1895.)

2° **Néphrite casésuss et tuhsrculoss ascsndante chez un snfant.** (*Soc. anat.*, 1890)

3° **Néphrite calculeuss. Voluminsux calcul rénal paraissant avoir évolué aseptiqusmsnt.** (*Société anatomique*, 1891.)

4° **Hypsrtrophis énorms st déformation de la vsssis chez un prostatique. Méat sus-pubisn.** (*Soc. anat.*, 1894.)

5° **Sonds rompus dans ls canal de l'urèthrs dsrrière un rétrécissemsnt. Extraction par les voies naturellss.** (*Société anat.*, 1894.)

6° **Néphrotomis d'urgsncs chsz une fsmms n'ayant plus qu'un rein** (avec M. le Dr Chevalier. *Congrès d'urologie*, octobre 1897.)

La malade était entrée dans le service de M. Le Dentu en état d'anurie complète datant de cinq jours et en état d'urémie ; la fistulisation lombaire et permanente du rein était la seule conduite opératoire à suivre, l'autre rein ayant été enlevé précédemment. Les suites de l'opération faite à l'aide de notre collègue et ami Chevalier furent des plus simples et des plus heureuses.

ORGANES GÉNITAUX

1° **Kystss tuho-ovariens.** (*Soc. anat.*, 1888.)

2° **Suppurations pelviennes. Laparotomie. Mort. Comparaison avec l'hystérsctomie vaginale.** (En collaboration avec le Dr L. Pichevin. *Société anatomique*, 1893) (fig.).

3° **Manuel opératoire de l'hyetérectomie vaginale.** (*Annales de gynécologie*, 1893) (avec 6 fig.).

4° **Mollucum pendulum de la grande lèvre (faux hermaphrodisme par pseudo-verge latérale).** (*Annales de gynécologie*, 1893) (fig.).

Ce molluscum avait une forme cylindrique. Nous avons depuis donné au musée Dupuytren un autre cas de molluscum de la grande lèvre ayant la

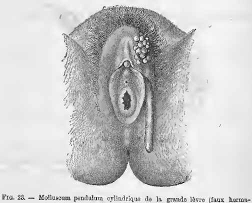


Fig. 23. — Molluscum pendulum cylindrique de la grande lèvre (faux hermaphrodisme par pseudo-verge latérale).

forme de poire, à pédicule très allongé et dont l'évolution avait été très rapide au dire de la malade.

5° **Fibrome utérin en voie de dégénérescence sarcomateuee. Hystérectomie abdominale totale. Guerison.** (*Société anatomique*, 11 mars 1898. Pièce présentée par M. Cottet.)

6° **Notes cliniques : 1° sur un cas de polype fibreux intra-utérin enlevé par l'hystérotomie médiane antérieure précédée du décollement du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin ; 2° sur un cas de fibrome utérin et de kyste dermoïde huileux de l'ovaire droit enlevée par la voie vaginale.** (In *Semaine gynécologique*, 4 avril 1897.)

7° **Deux pièces de fibromes utérins (l'un développé uniquement aux dépens de la paroi antérieure de l'utérus ; l'autre pédiculé et flottant dans la fosse iliaque).** (*Soc. anat.*, décembre 1894.)



FIG. 23 *bis*. — Fibrome utérin développé aux dépens de la paroi antérieure de l'utérus et susceptible de la simple myomectomie.

8° **Considérations sur les moulages de 80 cavités utérines normales ou pathologiques.** (*Congrès de gynécologie de Bordeaux*, 1895, et *Supplément* in *Annales de gynécologie*, 1897.) (18 fig.)

Depuis la thèse de M. le professeur Guyon aucun travail nouveau n'avait été fait sur ce point ; les nombreuses interventions pratiquées actuellement sur l'utérus, nécessitaient de nouvelles recherches.

D'après l'examen des moulages à la cire de quatre-vingts cavités utérines normales ou pathologiques, la forme de la cavité utérine nous

paraît présenter d'assez nombreuses variations, surtout au niveau des cornes, qui se détachent tantôt horizontalement, tantôt obliquement en haut et en dehors, et affectent soit la forme de pointes, soit celle de lames ou d'ailes de papillon, sans d'ailleurs être toujours symétriques. Le plus souvent les cornes utérines déviées sont plutôt en rétroversion qu'en antéversion.



Fig. 24. — Cornes utérines asymétriques, en « ailes de papillon ». Utérus sans lésions (grandeur naturelle).

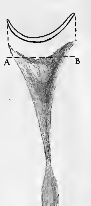


Fig. 25. — Cornes utérines en rétroversion, « en antennes ». Le croissant supérieur indique le degré de cette rétrodéviation.

Jamais, en nous servant de la cire, nous n'avons pu injecter les trompes par l'utérus, bien que quelques auteurs disent avoir obtenu ce résultat.

Sur vingt-deux utérus appartenant à des femmes de cinquante ans et au delà, nous n'avons pas trouvé une seule fois l'orifice interne oblitéré. L'orifice externe dans un cas était fermé, mais il fut facile de rétablir ce conduit.

Au point de vue pathologique, plusieurs faits intéressants sont à noter. Dans un cas d'hypertrophie du col et de l'isthme, la longueur totale de la cavité était de 78 millimètres. Dans un fait de rétroflexion et dans un cas d'antéversion, la cavité était très petite dans toutes ses

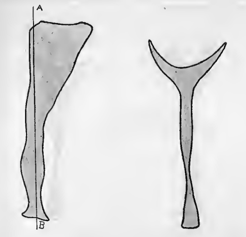


FIG. 26. — Cavité asymétrique du corps par rapport à l'axe du col et de l'isthme. Au niveau de la trompe gauche ici représentée, il y avait un polype muqueux au niveau de l'embouchure. La corne utérine droite était très petite et pointue.

FIG. 27. — Cornes utérines en « croissant ».

dimensions, l'isthme très étroit et très difficile à franchir. Dans un cas de salpingo-ovarite suppurée, la dilatation avec des tiges de laminaire n'a pas fait évacuer l'épanchement tubaire : la longueur totale de la cavité utérine était, ici encore, de 78 millimètres.

Dans quatre cas de polypes muqueux, il est à noter que des polypes s'inséraient au niveau de l'embouchure des trompes dans la cavité utérine ; celle-ci était beaucoup plus longue qu'à l'état normal. Dans un autre cas, le polype avait exactement la forme de la cavité du corps. Sur cinq utérus atteints de fibromes interstitiels, la longueur totale de la cavité utérine était très grande. De plus, cette cavité est parfois déviée totalement à droite ou à gauche ; une des cornes peut se placer dans la direction de la cavité, l'autre corne étant oblitérée. Parfois aussi une des cornes est très dilatée et forme comme une troisième cavité superposée.

Dans neuf cas d'utérus dilatés avec une tige de laminaire, le col et l'isthme prennent une forme sensiblement cylindrique et la tige n'est guère plus dilatée au niveau du corps qu'au niveau du col ; le moule

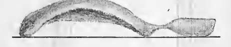


Fig. 28. — Utérus avec fibrome interstitiel de la paroi postérieure. Moulage placé horizontalement, le bord gauche du moulage descend plus bas que le bord droit. Cette courbure de la cavité explique les difficultés du cathétérisme.

total a donc aussi cette forme cylindrique. Mais les cornes utérines ne participent pas à cette dilatation ; elles restent, partant, peu accessibles aux instruments employés pour le curettage, sauf les instruments assez pointus, mais ceux-ci sont dangereux en ce point ; en effet, il est facile de constater qu'au niveau des cornes utérines, l'épaisseur de la matrice est très faible et, dans les cas de métrite fongueuse, la friabilité de l'utérus est plus grande ; c'est donc en cet endroit que la perforation se produira le plus facilement.

La difficulté de nettoyer les cornes utérines, surtout dans les cas où elles se détachent obliquement en dehors sous forme de pointes aiguës et acérées, explique la grande fréquence des récidives de la métrite après le curettage sans qu'il y ait de salpingite concomitante. Enfin, cette direction oblique ascendante des cornes utérines nous rend compte des difficultés que l'on a rencontrées dans le cathétérisme

des trompes ou dans les cas d'endoscopie utérine. L'embouchure des trompes vient se faire à angle droit dans les cornes utérines très pointues et à angle très arrondi dans celles qui sont plates et courtes; ces dernières seraient plus faciles à cathétériser. Enfin, l'existence de fibromes instertitiels au niveau de l'angle des cornes utérines et

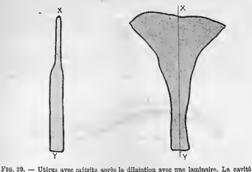


FIG. 29. — Utérus avec métrite après la dilatation avec une laminaire. La cavité du col et celle de l'isthme sont spacieuses. Celle du corps est étalée et très plate comme le montre la coupe faite suivant la ligne XY. Les cornes sont en « ailes de papillon ».

surtout l'abouchement des trompes soit à angle aigu, soit à angle arrondi, joue certainement un rôle sur la rétention des liquides dans ces trompes et surtout dans l'infection tubaire, de même que la rétention d'urine favorise l'infection urinaire.

9° **Kyste uniloculaire de l'ovaire avec torsion du pédicule. Hémorrhagie intra et périkystique. Ablation. Guérison.** (*Soc. anatom.*, 11 mars 1898. Pièce présentée par M. COTTET.)

10° **Énorme kyste de l'ovaire chez une paludique. Ablation. Guérison. Masse épithéliomateuse intra kystique.** (En collaboration ave M. le Dr PILLIET. *Soc. anat.* 1897.)

11° **Cystosarcome de l'ovaire avec ascite.** En collaboration avec M. le Dr Pilliet. (*Société anatomique*, février 1898.)

12° **Lipome paravaginal du cordon spermatique** (avec fig.) (*Société anat.*, 24 juillet 1896.)

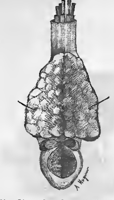


Fig. 30. — Lipome du cordon spermatique paravaginal.

13° **Torsion du cordon spermatique. Ses conséquences possibles : Gangrène. Spermatocèle intermittente, etc.** (Revue in *Tribune méd.*, mai 1894.)

14° **Quelques variétés rares d'hématocèles de la tunique vaginale (infectieuses, nerveuses).** (*Tribune méd.*, 1895.)

L'on sait que l'infection de certaines séreuses peut provoquer des hémorrhagies. Il doit en être ainsi pour la tunique vaginale. Mais cette

opinion est encore toute théorique, car récemment le liquide d'une hématocèle de la tunique vaginale remis à M. Achard, fut reconnu stérile.

NEZ

1° **Déviation de la cloison des fosses nasales** (avec fig.). (*Soc. anat.*, mars 1892.)

Sur un total de 65 préparations faites pour un concours de prosectorat, j'ai pu noter, après bien d'autres, combien est rare une cloison nettement verticale et régulièrement lisse. Donc, à côté des cloisons

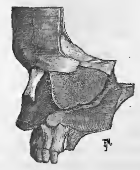


FIG. 31. — Épaississements de la cloison des fosses nasales. Crêtes voméro-ethmoïdales, chondro-ethmoïdales, voméro-chondrales.

pour ainsi dire bien faites (au nombre de 5 ou 6 sur 65 pièces) il faut admettre les variétés suivantes : a) cloisons déviées, b) cloisons avec crêtes antéro-postérieures, c) cloisons avec crêtes et déviations, d) cloisons perforées.

Les crêtes siègent surtout à l'union du vomer avec la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, etc.



FIG. 32. — Perforation de la cloison des fosses nasales.

Les déviations et crêtes sont bien rares avant l'âge adulte puisque sur 15 cloisons d'enfants nous n'en n'avons pas trouvé d'exemples.

2° Ulcèrs perforant de la cloison des fosses nasalss. (*Ibidem.*)

3° Syphilis osseuses des fosses nasales. (*Ibidem.*)

4° Cathétérisme du sinus sphénoïdal. (*Ibidem.*)

L'orifice antérieur du sinus sphénoïdal est tout près de la cloison et peut être cathétérisé en suivant celle-ci de bas en haut suivant un angle de 45° environ et en moyenne chez l'adulte à 4 ou 5 centimètres au-dessus du plancher nasal.

PEAU

Du molluscum en général. Avec le Dr PILLIET. (*Soc. anat.*, 1892.)

MÉDECINE OPÉRATOIRE

1° **Exploration totale des principales articulations.** Complément de thèse. (*Soc. anat.*, 1895.)

(Voir plus haut, page 23.)

2° **Création d'un anus ischio-rectal à travers une boutonnière sphinctérienne du releveur de l'anus.** (V. pag. 12.)

3° **Drainage du petit bassin par le périnée.** (Voir pag. 42.)

APPAREILS

Planche matelassée avec demi-valve s'abaissant pour permettre la flexion, l'abduction et la légère rotation externe dans l'extension pré-

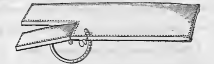


Fig. 33. — Planche matelassée avec demi-valve s'abaissant pour permettre la flexion, l'abduction et la légère rotation externe dans l'extension préliminaire avant l'arthroplastie pour luxation congénitale de la hanche. Cette planche est mise sur une petite voiture pour sortir l'enfant.

liminaire avant l'arthroplastie pour luxation congénitale de la hanche. Cette planche est mise sur une petite voiture pour sortir l'enfant.

Cet appareil appliqué pendant un mois a déterminé sans aucun doute un abaissement de la tête fémorale de plusieurs centimètres chez un enfant de dix ans.

ANATOMIE DESCRIPTIVE ET CHIRURGICALE

1° Cloison des fosses nasales aux différents âges. Sinus sphénoïdaux. (Déjà cité.)

2° Anomalies des veines jugulaires antérieures superficielles. (*Soc. anat.*, mars 1892) (avec fig.).

Anomalies intéressantes à cause de la ténotomie sous-cutanée que beau-

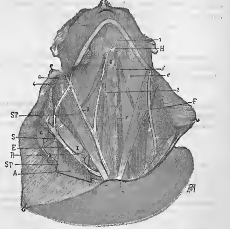


Fig. 34. – Anomalie de la veine jugulaire antérieure superficielle du côté droit.

coup de chirurgiens abandonnent d'ailleurs pour la ténotomie à ciel ouvert.

3° Plexus veineux péri et rétro-pharyngiens. Dépression et diverticules du pharynx. Bourse de Luska. Ganglions lymphatiques rétro-pharyngiens. (*Soc. anat.*, 1892.)

Ces plexus forment une sorte d'anneau, de cercle collecteur de sang veineux. Ils sont parfois très volumineux et accompagnés d'artérioles anomales ; faits importants pour certaines interventions sur le pharynx, le curettage d'ulcérations surtout.

Nos recherches sur la bourse de Luska ont été presque négatives, nous n'avons jamais trouvé qu'une dépression insignifiante.

Quant aux ganglions rétro-pharyngiens, il nous a été possible de constater leur présence chez un sujet atteint de polyadénite tuberculeuse généralisée. Il y avait un ganglion au-devant de l'axis et plusieurs au-dessous disposés en losange à grand axe vertical.

4° Anomalies du creux sous-claviculaire. Artère sus-scapulaire venant s'enrouler en 8 de chiffre dans le creux sous-claviculaire. (*Soc. anat.*, mars 1892) (avec fig.).

5° *a)* **Forme nettement digastrique du plan profond du fléchisseur sublime. Artériole perforant le nerf médian. Des dédoublements réciproques des artères, veines, nerfs et muscles.** (*Soc. anat.*, 1894, page 75) (avec fig.).

b) **Dédoublement de l'artère axillaire par le nerf du petit pectoral et une anastomose entre les dsux racinss du nerf médian.**

De la présence fréquente d'un tronc nerveux au niveau d'une bifurcation ou d'une collatérale artérielle normale ou anormale. — Branches nsrveuses artérielles de la paums de la main. (*Ibidem*, p. 103.)

Ces différents faits démontrent que les nerfs, les veines, les artères et les muscles ont une influence réciproque les uns sur les autres dans leur trajet, dans leur forme au moment de leur développement.

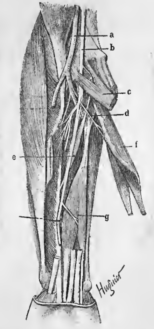
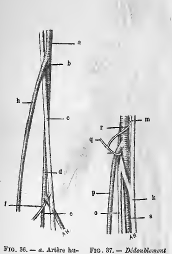


FIG. 35. — Forme nettement digastrique du plan profond du muscle fléchisseur superficiel. Le nerf médian est perforé par une artère allant au plan superficiel.

a. Artère humérale; *b*. Nerf médian; *c*. Rond pronateur; *d*. Branche de l'artère cubitale perforant le nerf médian; *f*. Plan superficiel du fléchisseur commun superficiel des doigts; *g*. Plan profond représenté par un muscle digastrique (index et 5e doigt); *e*. Faisceau musculaire allant de la masse épitrochléenne au fléchisseur propre du pouce.



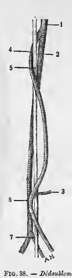


FIG. 36. — *a*. Artère humérale; *b*. Bifurcation prématurée de l'artère humérale au tiers supérieur du bras; *c*. Nerf médian; *d*. Artère cubitale; *e*. Artère interosseuse; *f*. Branche du médian allant au fléchisseur commun superficiel des doigts et placé dans l'angle de bifurcation de l'artère cubitale et du tronc commun des interosseuses; *h*. Artère radiale.

FIG. 37. — *Dédoublement de l'artère axillaire dans l'aisselle.* — *k*. Nerf médian; *m*. Artère axillaire; *o*. Nerf cubital; *p*. Artère cubitale; *q*. Rameau naissant de la racine interne du nerf médian et se recourbant en crosse sous l'origine de l'artère cubitale; *r*. Rameau naissant de la racine externe du nerf médian, nerf du petit pectoral; *s*. Artère radiale.

FIG. 38. — *Dédoublement de l'artère axillaire dans l'aisselle.* — 1. Artère axillaire; 2. Artère cubitale; 3. Récurrente radiale antérieure naissant de la cubitale; 4. Artère radiale; 5. Nerf médian passant entre l'artère cubitale et l'artère radiale; 6. Communication entre les deux artères; 7. Artère interosseuse.

Dans certains cas, une interposition même temporaire peut être cause d'un dédoublement anormal. Toutes les anomalies de trajet du nerf musculo-cutané sont peut-être déterminées par la forme et les variations de développement du muscle coraco-brachial.

6° **Anomalies par dédoublement et en ellipse des nerfs médians chez le même sujet.** (*Société anatomique*, 31 juillet 1896.)

Fait intéressant au point de vue des plaies des nerfs :

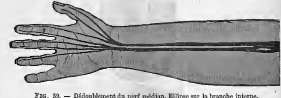


Fig. 39. — Dédoublement du nerf médian. Ellipse sur la branche interne.

7° **Anomalie de nombre des artères rénales.** (In Thèse *Rousseau*, 1894, Paris.)

8° **Anomalies de nombre et de siège des artères rénales. Artère supplémentaire pré-urétérale.** (*Soc. anat.*, 1895, avec fig.)

9° **Situation moyenne de l'isthme du corps thyroïde sous la dépendance du développement de l'organe.** (*Société anatomique*, 1895, avec fig.)

Les variations de siège de l'isthme tiennent au développement de l'organe qui n'est qu'un bourgeon pharyngien pouvant descendre plus ou moins bas. Il en est ainsi et pour le lobe médian et pour les lobes latéraux. Cette descente peut être comparée à celle du cæcum. L'isthme empiète le plus souvent sur la moitié inférieure des premiers anneaux de la trachée, fait également confirmé par les recherches de M. Berard (de Lyon). — L'isthme toujours incisé dans la tra-

chéotomie. — Les injections des artérioles thyroïdiennes montrent que sur la ligne médiane elles sont le plus souvent trop petites pour donner lieu à une hémorrhagie. Il n'en est pas de même des veines thyroïdiennes qui naissent parfois de la ligne médiane et sont très volumineuses. Les aponévroses peuvent limiter les hémorrhagies de celles-ci, mais pas toujours.

10° **Dilatations serpentines des artères.** (*Soc. anat.*, 1894, avec fig.)



FIG. 40.— Dilatations serpentines des deux artères iliaques internes et externes.

11° **Côlon transverse. Situation normale.** En collaboration avec M. MOUCHET. (Déjà citée.)

12° **Rapport sur le prix Godard.** (*Société anat.*, mars 1897.)

VARIA

Notes au cours d'un voyage chirurgical. (*Presse méd.*, 1894, 134 pages.)

Très heureux d'être obligé par une bourse de voyage d'aller à l'étranger, nous avons cru qu'il était de notre devoir de publier immédiatement, sous le coup de la première impression, notre appréciation pleine et entière, sauf plus tard à la modifier quelque peu. Nous donnons donc la description des installations, de la méthode d'enseignement et des opérations que nous avons vu pratiquer dans les hôpitaux de deux universités belges, quatre suisses, douze allemandes, trois autrichiennes, et de plusieurs villes sans université.

L'enseignement à l'étranger est surtout élémentaire, rien de plus, et toujours fait à l'hôpital. Il y a des inconvénients car, quoique fait à l'hôpital, il ne fait pas « des praticiens ». Le personnel enseignant, les hôpitaux, les laboratoires, sont en général admirablement organisés pour la production de travaux scientifiques, et soumis à une discipline... toute militaire. J'étudie ensuite les méthodes opératoires en gynécologie, l'anesthésie par l'éther, la chirurgie du tube digestif, l'orthopédie, le traitement ambulatoire des fractures, et je termine par des conclusions générales comparatives avec ce qui existe en France, etc.

Anesthésie avec l'éther. (Revue in *Tribune méd.*, 1875.)

Cliniques chirurgicales. Analyses chirurgicales dans les Annales de gynécologie.
(La *Revue de la tuberculose*, la *Presse médicale* et la *Tribune médicale*.)

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE